

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Marcel JEAN

Né à Brignon (Gard) le 21 janvier 1874

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien externe des services d'accouchement

ÉTUDE COMPARATIVE

DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Conservatrice

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, Professeur.
BONNAIRE, Agrégé.
JEANSELME, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901.

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Marcel JEAN

Né à Brignon (Gard) le 21 janvier 1874

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien externe des services d'accouchement

ÉTUDE COMPARATIVE

DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE

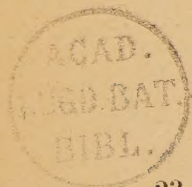
L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Conservatrice

Président . M. BUDIN, Professeur.

*Juges . MM. { CORNIL, Professeur.
 { BONNAIRE, Agrégé.
 { JEANSELME, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs.....

M. BROUARDEL
MM.

FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
N.....
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.

LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.

JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND.
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LAUNOIS.	RICHAUD.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEGUEU.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA André.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALTHER.
DEMLIN.	JEANSELME.	REMON.	WIDAL.
DESGREZ.	LANGLOIS.	REMY.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE, M. E. DEFFERRE

Pharmacien de 1^{re} classe

A MON BEAU-FRÈRE J. ANGLAS

Docteur ès-sciences

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Depuis 1777, moment où BAUDELLOCQUE combattait énergiquement, devant l'Académie de médecine, l'opération nouvelle inventée par SIGAULT, la question des avantages respectifs et des indications de la symphyséotomie et de l'opération césarienne conservatrice est encore à l'ordre du jour. On a discuté à perte de vue ; on a fourni de nombreux arguments pour ou contre : en réalité, on a le plus souvent fait œuvre de parti pris.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail, de poser d'un seul coup la solution d'un problème en suspens depuis plus d'un siècle et pour lequel tant de nos maîtres ont combattu. Notre but est plus modeste. Nous avons voulu seulement, en consultant les statistiques de symphyséotomie et d'opération césarienne, en comparant les résultats que ces opérations ont donnés et pour les mères et pour les enfants, en montrant leurs difficultés et leurs suites opératoires, essayer de faire faire un pas à cette question :

En présence d'une femme à terme, avec enfant vivant, et ayant un rétrécissement du bassin,

avec diamètres conjugués inférieurs à 80^{mm}, à laquelle des deux opérations, césarienne ou symphyséotomie, aura-t-on recours ? Laquelle des deux sera opération de choix, laquelle sera opération de nécessité ?

Jusqu'à ces dernières années, et sous l'influence de MM. PINARD, FARABEUF et VARNIER, la symphyséotomie avait seule bénéficié des recherches anatomiques précises. Sa technique opératoire avait été modifiée et renouvelée ; elle avait profité, dans une très large mesure, des progrès de l'antisepsie. Cela explique la préférence marquée dont elle jouissait, surtout si l'on considère que l'opération césarienne avait conservé la sombre renommée qu'elle avait avant l'apparition de l'antisepsie.

Mais l'opération césarienne, à son tour, connaît une période nouvelle, dans laquelle elle profite des progrès de la chirurgie actuelle.

L'application rigoureuse de l'antisepsie et de l'asepsie, les modifications apportées à sa technique opératoire, les nouveaux moyens d'hémostase, l'emploi des sutures, etc., ont modifié du tout au tout son pronostic.

C'est dire que nous allons pouvoir comparer entre elles des opérations qui, toutes deux, ont profité d'une façon à peu près égale des progrès modernes, et que, par suite, nous pourrons juger d'après les résultats qu'elles ont donnés.

Mais, avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis, puisque l'usage l'a si heureusement consacré, d'adresser l'expression de notre plus vive gratitude à tous

les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études avec tant de bienveillance.

Nous voulons tout d'abord rendre hommage à notre maître M. le docteur BOISSARD, qui nous a fourni l'idée de ce travail, nous a prodigué ses savants conseils et a bien voulu que nous mettions à profit les observations recueillies soit par nos camarades d'externat, soit par nous-même, dans son service si recherché de la Maternité de l'hôpital Tenon. C'est dans ce service si estimé des malades et des élèves que nous terminons, non sans regret, notre externat et nos études médicales officielles ; c'est au meilleur de nos maîtres, M. le docteur BOISSARD, que nous sommes redevable de nos solides connaissances en obstétrique ; son précieux enseignement au cours des consultations de la Maternité de l'hôpital Tenon, nous fera garder pour ce maître une inaltérable reconnaissance.

Nous devons également des remerciements aux savants maîtres dans le service desquels nous avons accompli nos années de stage et d'externat :

Auprès de M. le professeur agrégé SCHWARTZ, chirurgien de l'hôpital Cochin, nous avons trouvé un enseignement particulièrement précieux au début de nos études médicales.

Nous avons fait une année de stage dans le service de M. le professeur agrégé CHAUFFARD, médecin de l'hôpital Cochin ; c'est grâce à ses excellentes leçons au lit des malades que nous avons appris la clinique interne. Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Nous avons eu comme maître dans notre première

année d'externat M. le docteur AUD'HOU, médecin de l'Hôtel-Dieu ; il s'est surtout appliqué à nous inculquer les leçons et les préceptes des anciens maîtres de la médecine ; nous garderons de M. le docteur AUD'HOU un reconnaissant souvenir.

M. le Professeur TERRIER nous a fait l'honneur de nous prendre comme externe. Son enseignement a laissé sur nous une empreinte profonde ; c'est à lui que nous devons d'avoir été initié aux secrets de l'asepsie ; l'éducation chirurgicale que nous avons reçue de lui restera ineffaçable ; son dévouement envers les malades, la façon de les traiter avec la douceur et les égards que leur situation mérite, nous feront garder pour cet illustre maître un attachement respectueux et profond.

Nous ne pouvons oublier dans ces lignes de gratitude les noms de MM. GOSSET, professeur agrégé, BANZET, chef de clinique chirurgicale, VEAU, prosecteur, BERNARD, LAFOY, VINSONNEAU, internes, dont les conseils et l'amitié nous ont été si précieux.

Que M. COUDERT, interne, reçoive ici tous nos remerciements pour les précieux conseils dont il nous a entourés pendant la rédaction de ce travail.

M. le professeur BUDIN nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il veuille bien agréer nos respectueux remerciements ; c'est dans ses ouvrages que nous avons pris goût à l'obstétrique : puisse ce travail en fournir quelque preuve.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous ne reprendrons pas l'histoire de l'opération césarienne dont les débuts remontent aux temps les plus reculés. Nous avons seulement l'intention de raconter les vicissitudes par lesquelles elle passa, ses périodes de faveur et de discrédit, depuis le jour où apparut la symphyséotomie.

La césarienne était en faveur avec LEVRET et SMELLIE, quand SIGAULT pratiqua pour la première fois en 1777 la symphyséotomie sur la femme Souchot. La Faculté de médecine combla d'éloges le jeune étudiant en chirurgie et pendant quelque temps ce fut une véritable période d'engouement pour cette opération nouvelle, qui venait essayer de détruire la « vieille » césarienne. Mais, sous l'influence des insuccès et des désastres, la réaction ne tarda pas à se produire et BAUDELOCQUE, prenant en main la cause des césariens, entra en lutte ouverte avec les symphysiens. Les coups portés de part et d'autre furent terribles, les discussions furent des plus violentes. La brutalité du langage et la passion devinrent le caractère habituel des polémiques.

C'est le moment où SACOMBE dans « la Lucine française » couvre d'insultes Baudelocque: « Baudelocque, vous dis-je, il est des dieux ! le sang de la femme Marville rejaillira sur vous : vous êtes l'auteur de sa mort, de la mort de la femme Vasseur, de la mort de la femme Bourgeois, de la mort de toutes les femmes tombées depuis l'an II sous le couteau césarien... C'est vous qui avez dicté l'arrêt qui déshonore la société de médecine, c'est vous qui vous opposez au bien que je peux faire, et que je ferai malgré vous. L'erreur n'a qu'un temps, la vérité est éternelle ; elle va sortir du nuage ; son triomphe est certain. »

Le ton de la polémique, on le voit, n'était pas des plus courtois. Les discussions ne devaient cesser qu'à la chute d'un des combattants. Ce fut la symphyséotomie qui succomba. BAUDELLOCQUE, NEGELE et bien d'autres étaient venus apporter à la césarienne l'autorité de leur nom et de leur expérience. BAUDELLOCQUE en effet citait des statistiques où sur 41 femmes opérées il y eut 14 insuccès pour les femmes, et 28 insuccès pour les enfants dont 13 seulement sont venus vivants.

La césarienne recouvrait donc ses anciens droits, mais pour peu de temps ; car en 1829 apparaissait une nouvelle méthode, la céphalotripsie, découverte par BAUDELLOCQUE neveu, et qui de nos jours, mais sous un nom différent, a encore ses indications. La mortalité fournie par la césarienne était en effet effrayante, à cette époque où l'on ne connaissait pas l'antisepsie ; et Guéniot, publiant en 1866 les diverses statistiques parues jusqu'alors, arrivait à une mortalité moyenne de 60 pour 100. Aussi les accou-

cheurs préféraient-ils avoir recours à l'opération fœticide, plutôt que d'exposer la mère aux plus graves dangers.

Pendant toute cette période la symphyséotomie était tombée dans l'oubli le plus profond. Elle en fut tirée par l'école de Naples sous l'influence de GALBIATI, de JACOLUCCI, et de MORISANI.

MORISANI se fit le porte-parole et le champion de la symphyséotomie renaissante. En 1881 au congrès international de Londres, en 1886 au congrès de Rome, en 1888 à Naples il communique le résultat de ses opérations et conseille sa méthode. Enfin, en 1891, il envoya son ancien assistant Spinelli à Paris afin de plaider sa cause auprès des accoucheurs français.

SPINELLI ne tarda pas à convaincre M. PINARD, quand il l'assura que la mortalité infantile pouvait être réduite à 0, et que les femmes opérées à Naples ne conservaient du fait de l'opération aucune des infirmités que les classiques imputent à celle-ci. Des recherches anatomiques furent entreprises par FARABEUF et VARNIER qui démontrèrent qu'après la section de la symphyse, les pubis pouvaient être écartés de 6 centimètres sans déchirer des ligaments, et que cet écartement agrandissait le bassin dans de notables proportions.

M. PINARD prend alors en main la cause de cette opération tombée en désuétude pendant plus d'un demi-siècle, et le 7 décembre 1891 il professe sa première leçon sur la symphyséotomie, dans laquelle il déclare que grâce à celle-ci « la vie de bien des femmes et des enfants sera sauvée, et que les accoucheurs n'au-

ront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver. »

Une période d'engouement commença, analogue à celle qui avait accueilli la première apparition de la symphyséotomie. On crut avoir trouvé le moyen héroïque qui permettrait de terminer heureusement tous les accouchements dans les bassins rétrécis. Sans compter que l'antisepsie étant apparue, tous les résultats devaient être parfaits. On fut bientôt symphyséotomiste à outrance. Mais quelques voix autorisées firent remarquer que la symphyséotomie n'était pas une opération facile, sans danger et de pratique courante, mais qu'elle exposait aussi à des mécomptes.

La querelle des anciens symphysiens et des anciens césariens devait renaître. La lutte, beaucoup plus courtoise qu'au siècle dernier, continue encore.

En effet l'opération césarienne, bénéficiant en quelque sorte du regain d'actualité qu'obtenait la symphyséotomie, donnait lieu à de nouvelles études. En 1882, KEHRER à Heidelberg et SENER à Leipzig, publièrent leurs travaux sur la section césarienne avec conservation de l'organe. C'est même SENER qui pour la première fois sutura la plaie utérine qu'autrefois on abandonnait à elle-même dans l'utérus. LÉOPOLD a recours au décollement du péritoine avant de faire des sutures. FRITSCH indique l'incision transversale sur le fond de l'utérus. DODERLEIN, A. HERRGOTT, OLSHAUSEN, MULLER et beaucoup d'autres modifient dans quelques-uns de ses temps la technique opératoire, bref de nombreux auteurs s'ingénient à employer des moyens qui ne concourent qu'à

assurer le succès de la césarienne et à lui faire donner d'heureux résultats.

Cependant les discussions continuent sur la valeur respective de ces deux opérations, les uns optant franchement pour la symphyséotomie, les autres inclinant vers la césarienne. C'est ainsi qu'au congrès international de Rome en 1894, MORISANI de Naples, LÉOPOLD de Dresde, SÆNGER de Leipzig, ZWEIFEL de Leipzig, M. VARNIER, discutent sur la valeur des deux opérations.

Au congrès de Moscou, 1897, les discussions continuent. Au congrès d'Amsterdam en 1899, MM. PINARD, LÉOPOLD, PESTALOZZA de Florence, FAUCOURT-BARNES de Londres étudient la valeur comparative de la craniotomie, de l'accouchement prématuré provoqué, de la symphyséotomie et de la césarienne.

La Société obstétricale de France en 1899, avec CHARLES de Liège, BAR, ROSSI, FOCHIER et M. BUDIN, étudient la conduite à tenir dans les différents cas de rétrécissement du bassin.

En terminant la discussion de cette Société, M. BUDIN disait : « Il semble qu'il y ait eu trois périodes pour la symphyséotomie. Au siècle dernier, après sa découverte il y eut d'abord un engouement considérable, mais le nombre des décès fut tel qu'on y renonça.

« En 1881, après les résultats publiés par MORISANI, au congrès de Londres, on crut que cette opération allait revivre. MORISANI resta presque seul à la pratiquer à Naples.

« Après les travaux de BOUCHACOURT, de MANGIAGALLI

et surtout après ceux de MM. FARABEUF, PINARD et VARNIER, on crut que la symphyséotomie, grâce à l'antisepsie, pourrait rendre de plus grands services. Elle a été pratiquée partout, mais la mortalité et la morbidité qui ont été observées nous inclinent à croire que cette troisième période ne sera pas plus heureuse que les précédentes. »

Les discussions sur ce vaste sujet ont été, on le voit, très nombreuses. Elles continuent encore actuellement. Qui a raison, des césariens ou des symphysiens ?

Les faits seuls permettront de se prononcer.

CHAPITRE II

Les suites opératoires immédiates et éloignées de la symphyséotomie. -- Morbidité et mortalité

Nous ne décrivons pas la technique opératoire de la symphyséotomie qui a été nettement et définitivement fixée par les travaux de MORISANI, de FARABEUF et de PINARD. C'est une opération qui sans être difficile à exécuter, n'en est pas moins une intervention grave, en raison des complications nombreuses auxquelles elle donne lieu. En effet, après la section de la symphyse et son écartement, acte chirurgical qui en lui-même est en général simple d'exécution, commence l'accouchement artificiel, souvent difficile, par forceps ou par version, qui est cause de délabrements sérieux. Des délabrements identiques chez une femme non symphyséotomisée sont beaucoup moins sérieux ; pour s'en convaincre, il suffit de consulter les registres des maternités. Pourquoi donc cette gravité ? C'est que la symphyse, articulation ouverte, est

en rapport avec une cavité naturelle, le vagin, impossible à désinfecter.

Il en est pour la symphyséotomie ce qu'il en est pour une plaie chirurgicale quelconque lorsque cette plaie se trouve au voisinage d'une cavité naturelle.

A) SUITES IMMÉDIATES.

a) Les hémorrhagies dues aux déchirures des plexus vésicaux qui se rompent par distension au moment de l'écartement des pubis et aux déchirures des corps caverneux du clitoris. (Observation n° 7, statistique de Boissard; cas s'étant terminé par la mort).

b) Les déchirures de la paroi antérieure du vagin et de la vulve, communiquent ou non avec la plaie symphysaire et par suite menacent de l'infecter. Cette complication est notée une fois sur 23 dans la statistique de Bar, et huit fois sur 23 dans la statistique de Pinard. (Observ. 3, 4, 5 et 6).

c) Les déchirures et érailllements de l'urèthre et les déchirures de la vessie dans la proportion de 3 p. 100 d'après Bar. Ces lésions amènent la création de fistules vésico-vaginales dont le traitement chirurgical est souvent difficile, elles sont d'ailleurs causes d'accidents urinaires infectieux.

En outre, indépendamment de l'incontinence d'urine produite par ces différentes solutions de continuité, existe, quelquefois, une incontinence d'urine permanente ou passagère, sans fistule, par trouble fonctionnel de la vessie.

d) Le choc opératoire est considéré comme très sérieux par FOCHIER. (Soc. Obst. de France 1899). LEPAGE en

relate deux cas dans sa dernière statistique parue en octobre 1900.

B). SUITES ÉLOIGNÉES.

Ce sont des troubles de la marche et des troubles urinaires dus à des fistules persistantes et que le chirurgien n'a pas pu fermer. Les pubis restent écartés après la symphyséotomie. Cet écartement est constant et assez marqué. Cependant VARNIER, dans son rapport au congrès de Moscou prétend que dans aucun des bassins symphyséotomisés à la clinique Baudelocque, il n'avait constaté cet écartement.

D'autre part l'écartement trop prononcé des pubis produit le plus souvent, dans les articulations sacro-iliaques, des entorses dont la gravité est plus ou moins grande suivant les cas ; quelquefois même les ligaments sont complètement disjoints, et on observe alors un véritable diastasis de l'articulation. Ces plaies articulaires sont la cause déterminante d'arthrites ou de douleurs plus ou moins vives amenant de la parésie des membres inférieurs.

Sans aller jusqu'à dire, comme certains l'ont fait, que toujours les troubles de la marche existent et que quelquefois l'impotence fonctionnelle est complète, on peut cependant affirmer d'une façon certaine que dans les bassins symphyséotomisés, la restauration fonctionnelle n'est jamais parfaite

MORBIDITÉ.

A priori, si l'on pratiquait la symphyséotomie d'une façon tout à fait aseptique, si l'on prenait pour cette opération toutes les précautions que l'on prend habituellement pour une opération chirurgicale quelconque, il ne devrait pas y avoir de complication infectieuse. Cette proposition est par trop idéale, et dans la pratique nous constaterons malheureusement qu'il n'en est pas toujours ainsi. Cela tient, nous l'avons déjà dit, aux nombreux délabrements qui suivent l'acte chirurgical. Il est en effet d'observation courante que les femmes atteintes de rétrécissement du bassin ont également les parties molles, moins souples, moins larges, moins extensibles. Il y a en quelque sorte un arrêt de développement ayant intéressé et le système osseux et les parties molles. D'où plus grandes chances de déchirure au moment de l'accouchement, surtout si l'on considère que ce dernier se fait presque toujours artificiellement, soit par le forceps soit par la version.

La statistique intégrale de M. Pinard nous montre que :

En 1894 sur 21 cas, la morbidité fut de 42.86 p. 100	
En 1895 21 —	61.90 —
En 1896 13 —	84.40 —
En 1897 7 —	57.14 —
—————	—————
62	59.70 p. 100

La statistique intégrale de M. Bar nous montre que :

Sur 11 cas, la morbidité fut de	81,81 0/0
Sur 12 cas.....	41,66
23	60,25 0/0

La statistique intégrale de M. Lepage nous montre que :

Sur 7 cas, la morbidité fut de **71,43** 0/0

La statistique intégrale de M. Boissard, inédite et que nous publions à la fin de ce chapitre, nous montre que :

Sur 9 cas, la morbidité fut de **66,6** 0/0

Cette morbidité considérable reconnaît pour causes des complications infectieuses.

1° *Soit locales* : Suppuration de la plaie opératoire, œdème et abcès de la vulve, hématomes infectés et suppurés rétro-pubiens, thrombus vulvaires et vulvo-vaginaux suppurés ; escharres vulvaires, vaginales, recto-vaginales, vésico-vaginales, escharre de la fesse et du sacrum. (Observation n° 9.)

2° *Soit à distance* : pyohémie, septicémie, érysipèle, pneumonie, péritonite, phlegmatia alba dolens. (Obs. 1 et 3 de la statistique de M. Boissard).

MORTALITÉ MATERNELLE.

MORISANI a publié au congrès de Rome en 1894, une statistique portant sur 241 cas avec une mortalité de **11,6** 0/0.

NEUGEBAUER avec 278 cas a une mortalité de **11,1** 0/0.

RUBINROT a réuni dans sa thèse 136 observations de symphyséotomie faites depuis 1896, par différents auteurs tant en France qu'à l'étranger, à l'exception toutefois des symphyséotomies pratiquées par M. PINARD.

Or, ces 136 observations donnent 2 cas de mort par accidents opératoires et 13 par complications post-opératoires ; ce qui donne un pourcentage de **11,03** 0/0.

M. Abelly dans sa thèse publie 8 observations inédites parmi lesquelles nous relatons 3 femmes mortes et 2 enfants morts.

La statistique de M. PINARD, communiquée au congrès d'Amsterdam de 1899 s'arrête au 20 janvier 1899 et comprend 100 cas, sur lesquels il y a eu 12 décès soit une mortalité de **12** 0/0.

ZWEIFEL a communiqué au Congrès de Moscou 31 cas pour lesquels il n'y eut pas de décès.

KUSTNER rapporte 7 cas sans décès.

BAR rapporte 23 cas sans décès.

LEPAGE rapporte 7 cas avec 1 décès.

BOISSARD rapporte 9 cas avec 1 décès.

Les statistiques de Rubinrot, Abelly, Pinard, Zweifel, Küstner, Bar, Lepage, Fournier, Pauchet et Boissard nous donneraient donc un total de 251 observations avec 33 décès, soit une mortalité de **13,15** 0/0.

Mortalité maternelle (Symphyséotomie).

Auteurs.	Nombre de cas.	Morts.	Pour cent.
Rubinrot,	136	15	11,03
Abelly,	8	3	37,5
Pinard,	100	12	12
Zweifel,	31	»	»
Küstner,	7	»	»
Bar.	23	»	»
Lepage,	7	1	14,28
Fournier (1),	7	1	14,28
Pauchet,	3	»	»
Boissard,	9	1	11,11
	251	34	13,15

MORTALITÉ INFANTILE (*Symphyséotomie*).

Les risques causés par l'enfant au cours de la symphyséotomie sont également très grands :

MORIZANI donne un pourcentage de **12** 0/0. Voici d'autre part un tableau d'autres statistiques :

Auteurs.	Nombre de cas.	Morts	Pour cent.
Rubinrot,	136	19	13,97
Abelly,	8	2	25
Pinard,	100	13	13
Zweifel,	31	2	6,45
Küstner,	7	»	»
Bar,	21	»	»
Lepage,	7	2	29,57
Boissard,	9	3	33,3
	239	39	16,45

(1) *Gazette de Picardie*, Nov. 1900.

Nous arrivons donc à une moyenne de **16,45** 0/0 et encore pour que cette moyenne fût exacte, faudrait-il tenir compte des cas dans lesquels on se proposait de faire la symphyséotomie, et où on n'y a pas recouru parce que l'enfant avait succombé pendant le travail.

La mortalité infantile est donc relativement considérable et s'explique par la lenteur du travail dans les bassins rétrécis ou par les manœuvres d'extraction. D'ailleurs c'est un fait courant de constater qu'après une symphyséotomie l'enfant naît très souvent étonné, en état de mort apparente, et ne peut être ranimé que grâce à des soins intelligents et dévoués.

Statistique de symphyséotomie de M. Lepage (1).

OBS. I. — Secondipare. Premier accouchement spontané. Enfant mort pendant le travail. Symphyséotomie. Suites de couches fébriles tenant à une cystite.

OBS. II. — Rétrécissement du bassin. Procubitus d'une main et du cordon. Symphyséotomie. Suites de couches normales. Femme et enfant vivants.

OBS. III. — Trois accouchements spontanés avec enfants morts pendant le travail. Première symphyséotomie en 1896 (M. Lepage). Enfant vivant. Deuxième symphyséotomie en 1899. Consécutivement : escharre sacrée, fistule vésico-vaginale opérée avec succès par M. Baudron.

(1) *Annales de Gyn.*, déc. 1900.

OBS. IV. — Premier accouchement au forceps. Deuxième accouchement : symphyséotomie ; après l'intervention, poulx 140-150. Pâleur. Pansement imbibé de sang. La femme, examinée, présente deux déchirures du col qui sont suturées. Les phénomènes de choc disparaissent. La femme guérit mais garde une incontinence d'urine, qui persiste actuellement, malgré des opérations bien conduites. Enfant vivant.

OBS. V. — Secondipare. Premier accouchement dystocique : Basiotripsie. Deuxième accouchement : Symphyséotomie pratiquée en ville dans des conditions d'instrumentation défec-tueuse. Accidents pleuro-pulmonaires du 10^e au 16^e jour. Guérison. Enfant vivant.

OBS. VI. — Hydramnios. Utérus surdistendu. Femme opérée après deux jours et demi de travail, le fœtus commençant à souffrir. Il succomba quelques jours après l'accouchement. La femme guérit.

OBS. VII. Primipare. Symphyséotomie facile. Au cours de l'opération, la femme se cyanosa. On dut suspendre le chloroforme. Une heure et demie après l'opération la femme mourait dans son lit. Enfant mort.

Autopsie. — Rétrécissement mitral, intégrité du péritoine, de l'urèthre et de la vessie..

STATISTIQUE DES SYMPHYSEOTOMIES

Numéro d'ordre	Opérateur	Indications de l'opération	Accouchements antérieurs	Terme de la grossesse actuelle	Présentation et position	Marche du travail	Opérations nécessitées par marche du travail	Interventions pour extraire l'enfant avant la symphysectomie	Symphyséotomie
1 1893 Charité	Boissard	Bassin généralém ¹ rétréci. PSP 10 cm	2 accouch. à terme et spontanés	9e mois	Sommet OIGT	Début 15 août 3 h. s. 5 h. s. rupt. spontanée des memb.	Forceps en ville 8 h. soir 15 août	2e forceps à la mat. 17 août 11 h. matin	18 août 1 h. n
2 1894-712 Charité	Boissard	Bassin généralém ¹ rétréci. PSP 9 c. 5	DR 29 décembre. Primipare	8 m. 1/2	Sommet DT	Acc. provoque 15 sept. rupt. mem. 4 h. s.	Ballon de Boissard 15 sept. 9 h. matin	Forceps 4 h. 30 soir	15 septembre 4 h.
3 1896 1769 Mat. Port-Royal	Boissard	Bassin généralém ¹ rétréci. PSP 77 mm.	Primipare	Ignore	Sommet OIGT	Début 11 sept. 10 h. m. Memb. rompues 10 h. 20 m. 11 sept.	Néant	Néant	11 septembre 11 h. 55
4 1896 2349 Mat. Port-Royal	Boissard	Bassin rétréci. PSP ?	2 à terme.	9e mois DR 15 mars	Sommet OIGT	Début 1er déc. 7 h. 30 m. memb. rompues à 9 h. 30 m.	Néant	3 tentativ. d'appl. de forceps	1er décembre 10 h. 1 matin
5 1897-545 Mat. Port-Royal	Boissard	Bassin rétréci. PSP 83 mil	1 enf. mort et macéré 12 j. av. sa naissance	8 m. 1/2 DR 14 juin	Siège complet SIDT	Déb. rupt. des memb. 9 mars 1 h. 30 soir	Néant	Néant	9 mars 11 h. 2 soir
6 1899-313 Tenon	Boissard	Bassin rétréci. PSP min. 85 millim.	Primipare	9e mois	Epaule gauche AIG	Début 20 avr. 1899 3 h. matin	Néant	Abaissement d'un pied	21 avril 4 h. 15 soir
7 1899-647 Tenon	Boissard	Bassin rétréci. PSP 98 mil	2 à terme spont.	près du terme	Sommet OIGT	Début 10 sept. à 9 h. soir	Néant	Néant	11 septembre 2 h. ma
8 1901 Tenon	Boissard	Bassin rétréci. PSP 96 mil	1 av. terme avec forceps.	près du terme	Sommet OIGT	Début 3 avr. 1900 7 h. matin	Néant	Néant	3 avril 4 h. soir
9 1901 Tenon	Baudron et Lafoy	Bassin rétréci. PSP 98 mil	1 fssse couche de 2 mois. 1 fssse couche de 3 mois.	Ignore	Sommet OIGT	Début le 9 juillet Memb. rompues depuis le 8 juillet à 11 h. 30 soir	Néant	Néant	12 juillet 11 h. 30 matin

ES FAITES PAR M. BOISSARD

Opérations ou accidents sur l'enfant	Accidents opératoires	Déli- vrance	Enfant			Mère		
			Poids et diam. bip.	Etat à la naissance	Développement	Suites immédiates	Suites de couches	Suites tardives
Forceps	Néant	Artif.	Fille 3350 diam. bip. 8cm.9	Mort pendant extraction		Hémorrhagie en naöpe.	18 août, phlé- bite légère de la jambe gau- che. 6 sept. phlébite du mollet droit.	Sortie en bon état.
Forceps	Néant	Artif.	Fille 2880 bip. 9 cm	Mort apparente paralyse faciale	Diminut. de poids, lait d'ânesse. Mort 13e j.	Néant.	3 ^e jour, 37°,9, 4 ^e jour, 38.	Sortie en bon état, 26 ^e jour.
Version man. Appli- cation de forceps à der- rière	Néant	Artif.	Fille 2320 diam. bip. 71 mm	Etonné	Conf. à nour. état bon jus- qu'au 28e j. Mort de diar- rhée le 33e j.		12 ^e jour, 40°,8. Phlegmatia alba dolens. Après l'opér. temp. 39°,6 puis a oscillé entre 37°,5 et 38°,5.	Sortie guérie le 56 ^e jour.
Forceps	Néant	Nat. Memb. incompl.	Fille 3500 diam. bip. 9cm,5	Bon	Confié à nour- rice. Chute de poids 19e jour. 3525 à la sortie.	Néant.	2 et 3 ^e j., 38°,4. Lochies fétid- es. 4, 5, 6 et 7e jour, 39°.8, 8, 9 et 10e j., 38°,6.	Sortie en bon état, 26 ^e jour.
?	Néant	Artif. 11 h. 30 soir	Fille 2750 diam. bip. 8cm,5	Bon	Conf. à nour- rice. 2725 à la sortie.	?	Température a oscillé entre 37,5 et 38,5 du 1er au 8e j.	Sortie en bon état, 19 ^e jour.
Version et ma- nuœuvres internes	Néant	Nat. et compl.	2670	Etonné et cyanosé	Mort le 10 mai	Déchirure du périnée.	Bonnes.	?
Forceps	Néant	Artif.	3800	Etonné	?	Déchirur. des parties mol- les pré et ré- tro-symph.	Mort 7 h. apr. d'hémor. con- séc. à deli- rium tremens	
Forceps	Néant	Nat. et compl.	3300	Etonné	?	Déchirure du périnée.	38°,5 le 3e j., injection in- tra-utérine et tout rentre dans l'ordre.	Revue quinze jours après la sortie, pré- sente une pe- tite mobilité de symphyse
Forceps	Hémorrh. assez abond. par déchir. du vagin	Artif. 11 h. 40 matin	2560	Mort apparente	2940 à la sor- tie.	Déchirure de la paroi ant. du vagin sur une grande étendue. L'u- rètre n'est pas intéressé	Escharre sa- crée et prof. de la largeur de paume de main. Temp. 38°. Pas de tend. à la ci- catr. Raclage et suture au fil d'argent.	Sortie en bon état 43 jours après l'opéra- tion.

CHAPITRE III

L'opération césarienne conservatrice. — Son manuel opératoire. — Suites opératoires. — Mortalité maternelle et infantile.

L'opération césarienne conservatrice est une opération facile à exécuter, et dont les dangers, infection et hémorrhagie, ont été considérablement réduits depuis l'emploi de l'asepsie. Elle ne mérite plus le sombre renom qu'elle avait autrefois et son pronostic est actuellement aussi rassurant qu'il était autre fois désespéré. Quant à l'enfant, on le soustrait à tous les traumatismes en créant pour son passage une voie artificielle suffisante.

La technique opératoire que nous allons exposer est celle qui a été employée par notre maître M. BOISSARD, cette année, dans sa maternité de l'hôpital Tenon.

L'opération césarienne conservatrice étant, dans une certaine mesure, assimilée à une laparotomie d'un genre un peu spécial, on fixe d'avance, et pour un jour déterminé, le moment de l'intervention.

Les préparatifs sont absolument les mêmes que ceux employés dans les services de chirurgie pour une lapa-

rotomie quelconque, c'est dire que la malade est baignée, nettoyée, savonnée et qu'un pansement antiseptique humide est appliqué en permanence sur le ventre, pendant le jour qui précède l'intervention.

L'opérateur est assisté de deux aides seulement. Il est de toute évidence que, moins il y a d'assistants autour d'une opérée, moins sont nombreuses les chances d'infection.

La malade anesthésiée ayant été savonnée et lavée au sublimé, à l'alcool et à l'éther, l'opérateur et ses deux aides s'étant aseptisé les mains par un brossage minutieux dans l'eau chaude, on pratique une injection sous-cutanée d'ergotine, et la paroi abdominale est largement ouverte au-dessus et au-dessous de l'ombilic, dans une étendue de 15 à 20 centimètres.

L'utérus gravide est alors attiré au dehors entre les lèvres de la paroi abdominale. Cette façon d'opérer hors du ventre a un triple avantage.

1° Elle permet de détordre l'utérus qui est toujours un peu tordu sur son axe et dévié vers la droite. De cette façon l'opérateur peut porter son bistouri exactement sur la ligne médiane dans une région où l'apport vasculaire est minimum.

2° Elle s'oppose à la pénétration dans la cavité péritonéale du sang et du liquide amniotique.

3° En faisant saillir le fond de l'utérus, elle permet à l'aide de saisir facilement les ligaments larges, de les comprimer soigneusement à pleine main et de restreindre par ce procédé les chances d'hémorrhagie. Nous avons pu constater en effet, dans deux opérations césariennes

pratiquées par M. BOISSARD, que par ce procédé, l'hémorragie était presque nulle. Cette méthode est donc, à notre avis, bien supérieure à l'emploi du lien élastique, qui, lui, est souvent cause d'une hémorragie secondaire très abondante.

L'utérus est ouvert au bistouri et aux ciseaux. Si le placenta est dans la plaie, véritable « placenta prævia césarien », on passe au travers, sinon on perfore l'œuf, on saisit l'enfant par le siège ou par un pied, et on l'extrait rapidement.

La délivrance est faite soigneusement.

Immédiatement, des sutures à la soie, profondes, en un seul plan, intéressant la presque totalité de l'épaisseur de la paroi utérine, mais respectant la muqueuse, sont posées sur toute la hauteur de la plaie utérine. Dans un cas, (Obs. 3), M. Boissard fit le tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine, suivant le procédé de M. Bar ; dans l'autre, (Obs. 2), il s'en abstint.

En opérant rapidement, l'hémorragie est peu abondante. La paroi abdominale est fermée soigneusement par un triple surjet de catgut sur le péritoine, le muscle et l'aponévrose. La peau est réunie par quelques points de crin de Florence.

Pansement aseptique.

Immédiatement après l'opération, la malade est reportée sur son lit ; des boules d'eau chaude sont placées autour d'elle, et on pratique une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel.

A) SUITES IMMÉDIATES

En opérant de cette façon, en dehors du travail et chez une femme saine, on n'a pas à craindre les deux accidents immédiats de l'opération césarienne, c'est-à-dire l'hémorrhagie abondante et le choc opératoire consécutif.

Il n'en serait pas de même si on opérait chez une femme déjà épuisée par la longueur du travail : la statistique de Pihan-Duffeillay et de Harris en font foi ; en pareil cas, les complications infectieuses locales et générales sont nombreuses.

B) SUITES ÉLOIGNÉES

L'éventration a été considérée comme une conséquence éloignée de l'opération césarienne. A ce sujet il s'agirait de s'entendre. L'éventration est-elle le fait de la grossesse uniquement, et indépendamment de la section césarienne ? ou bien la césarienne est-elle seule cause de l'éventration ? Il est d'observation courante que la grossesse amène un relâchement marqué de la sangle abdominale et que beaucoup de femmes sont éventrées sans cependant avoir été laparotomisées. On peut, d'autre part, se rendre compte de la minceur de la paroi abdominale sur la ligne médiane au cours de l'opération césarienne.

Evidemment, si la plaie n'est pas soigneusement suturée par un triple surjet de catgut, l'éventration n'aura que plus de chance de se produire. Si on prend au contraire la précaution de refermer soigneusement, nous estimons qu'il n'y a guère plus de chance d'éventration qu'après

une grossesse ordinaire, surtout si l'on opère aseptiquement, et si, par suite, on évite toutes chances d'infection de la paroi, car l'infection compromettrait la solidité ; elle peut en outre favoriser dans la profondeur la production d'adhérences et de brides, causes de douleur et peut-être un jour d'étranglement.

Ainsi ABEL, dans la communication à la Société médicale de Leipzig en 1895, parle de la fréquente élimination des sutures de l'utérus et de la formation d'adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale. Ces adhérences seraient causes de douleurs à l'époque des règles et surtout pendant une nouvelle grossesse. Il considère la rupture de l'utérus comme possible, et il relate 8 cas dans lesquels il s'est fait une hernie par la cicatrice de la laparotomie.

KORN, BRUNINGS et KRUKENBERG ont également rapporté des faits de rupture utérine au cours d'une grossesse ultérieure.

En réalité, ces accidents étaient fréquents autrefois, à l'époque où le manuel opératoire n'était pas nettement déterminé, où les sutures étaient mal faites, et où les principes de l'antisepsie n'étaient pas appliqués dans toute leur rigueur. Actuellement en consultant les observations rapportées par LÉOPOLD, OLSHAUSEN, EVERKE, ZWEIFEL, SCHNEIDER, GUÉNIOT, BAR, etc..., on constate que ces accidents n'existent plus. La répétition de la césarienne ne rend pas l'opération plus dangereuse, ne complique pas beaucoup le manuel opératoire, et en tous cas, ne cause pas une incapacité de travail plus marquée que lors de la première intervention.

MORTALITÉ MATERNELLE

Les résultats donnés par l'opération césarienne conservatrice ont été consignés dans de nombreuses statistiques. Ces statistiques sont meilleures d'année en année, à mesure qu'on l'a pratiquée plus souvent et que les procédés employés se sont perfectionnés.

La statistique de CARUSO date de 1889 et comprend 200 opérations faites depuis 1882 ; 50 femmes sont mortes : la mortalité égalait donc **25** %.

DÉMELIN a recueilli en 1895 un total de 167 observations de césariennes pratiquées depuis 1887. La mortalité maternelle était égale à **20** %.

Mais voici, intégrales et beaucoup plus récentes, les statistiques de différents opérateurs, et que nous avons recueillies soit dans le mémoire de M. BAR, soit *in* TARNIER et BUDIN (tome IV, page 516), paru en 1901. Nous les réunissons en un tableau, auquel nous ajoutons la *statistique intégrale et inédite* de M. BOISSARD, portant sur trois opérations césariennes, dont deux ont été pratiquées devant nous, cette année à la Maternité de l'hôpital Tenon. Nous en publions à la fin de ce chapitre les observations détaillées. (Observ. II et III).

HAHN publie en décembre 1899 sa statistique de l'opération césarienne par le procédé de FRITSCH. Il réunit 62 cas, dont les premiers remontent à 1897. Sur ces 62 cas il y eut ~~67~~ 67 opérations césariennes conservatrices, (les autres étaient des opérations de Porro), qui ont donné trois décès, c'est-à-dire une mortalité de **6,38** %.

M. le docteur FOURNIER d'Amiens a présenté à la Société

d'obstétrique de Paris, en janvier 1901, cinq observations d'opération césarienne avec cinq mères et cinq enfants vivants.

Cette statistique, excellente, présente deux particularités :

1^o Dans deux cas la césarienne a été faite dans des bassins rétrécis dont le promonto-pubien minimum mesurait dans un cas *huit centimètres*, et dans l'autre *huit centimètres et demi*.

2^o L'extraction complète d'un fœtus avec son placenta et ses membranes, sans ouverture de l'œuf, c'est-à-dire une véritable énucléation de l'œuf humain.

M. BOQUEL d'Angers communiqua à la Société d'obstétrique de Paris en décembre 1900, l'observation d'une primipare de vingt ans et demi, chez laquelle le diamètre promonto-sous-pubien était de huit centimètres. L'accouchement prématuré avait été écarté, ainsi que la symphyséotomie, pour faire la césarienne qui n'a présenté rien de particulier. L'opérée a eu seulement de la diarrhée avec température élevée uniquement le quatrième jour.

CESTAN de Toulouse et MALAPERT de Poitiers, publient chacun une opération césarienne avec mères et enfants vivants. (*Sem. gyn.* du 13 février et 20 mars). (Obs. IV et V).

Nous arrivons avec toutes ces statistiques à un total de 404 opérations, ayant amené la mort de 25 femmes, ce qui donne un pourcentage de 6,18.

BRAUN, dans un mémoire paru en 1889, donne un pourcentage de **5,88**.

BAR donne les résultats suivants :

174 cas, mères mortes 11, mortalité, **6,32** 0/0.

MAYGRIER *in* Tarnier et Budin, t. iv, donne le chiffre de **6,6** 0/0.

Telle est la mortalité brute. On voit que les chiffres donnés par les différents auteurs sont à peu près équivalents.

Mortalité maternelle (Césarienne).

Auteurs.	Nombre de cas.	Nombre de décès.	Pour cent.
Léopold,	76	7	9,21
Reynolds,	22	»	»
Pasquali,	9	1	11,11
Olshausen,	29	2	6,89
Charles,	10	»	»
Zweifel,	76	1	1,3
Bar,	14	1	7,14
Chroback,	10	1	10
Schauta,	58	6	10,34
G. Braun,	34	4	11,8
Gummert,	8	»	»
Boissard,	3	»	»
Boquel,	1	»	»
Fournier,	5	»	»
Malapert,	1	»	»
Cestan,	1	»	»
Hahn,	47	3	6,38
	404	25	6,18

MORTALITÉ INFANTILE

A priori, en tenant compte des conditions dans lesquelles doit être faite rationnellement toute opération

césarienne, tous les enfants extraits par ce procédé devraient être vivants. En effet, rien de plus facile que de créer à l'enfant, à travers l'utérus, une voie artificielle nécessaire et suffisante pour son passage. De plus, cet enfant n'a pas à subir de traumatisme au moment de son extraction. En se plaçant donc exclusivement sur le terrain de la survie des enfants, la césarienne devrait avoir le pas sur la symphyséotomie, puisque celle-ci donne généralement une mortalité infantile de **16,45**.

En consultant les statistiques récentes publiées dans le mémoire de Bar et celles plus récentes de Boissard, Fournier, etc., on arrive à une mortalité infantile de **5,1**.

Nous réunissons ces différentes statistiques en un tableau.

Mortalité infantile (Césarienne).

Auteurs.	Cas.	Décès.	Pour cent.
—	—	—	—
Léopold,	76	5	6,37
Reynolds,	22	»	»
Charles,	10	»	»
Olshausen,	29	3	20,34
Zweifel,	14	1	7,14
Bar,	14	»	»
Boissard,	3	»	»
Boquel,	1	»	»
Fournier,	5	»	»
Malapert,	1	»	»
Cestan.	1	»	»
	176	9	5,10

OBSERVATIONS D'OPÉRATIONS CÉSARIENNES

OBSERVATION I. (Inédite).

Opération césarienne faite par M. Boissard.

La femme X... entre à la Maternité de Port-Royal le 30 juin 1897, à 9 h. 30 du matin.

Primipare âgée de 20 ans.

Les dernières règles sont du 25 novembre.

Le fœtus, vivant, se présente par le siège en S. I. D. A.

Le bassin, très rétréci, présente un diamètre P. s. p. de 4 centimètres seulement.

Le 13 août, à 10 heures du matin, cette femme entre en travail ; elle est au huitième mois et demi de sa grossesse.

M. Boissard pratique l'opération césarienne le 13 août à 11 heures du matin.

L'enfant pesait 2.760 grammes et mesurait 9 cent. 5 de diamètre bi-pariétal.

Suites opératoires. — Pendant les huit premiers jours, la température a oscillé entre 36°,4 et 38°2, puis est devenue normale.

L'accouchée est partie le 40^e jour, bien portante.

L'enfant, allaité par une nourrice, pesait à sa sortie 3.475 grammes.

OBSERVATION II. (Inédite et personnelle).

Opération césarienne faite par M. Boissard.

La femme Amélie B. (n° 404), âgée de 27 ans, se présente à la maternité de l'hôpital Tenon le 12 février 1901. Enceinte pour la première fois, elle vient consulter pour savoir comment elle accouchera car on lui a dit qu'elle avait un bassin étroit. Les dernières règles datent du 15 juillet et la conception aurait eu lieu du 10 au 15 août.

A l'examen de cette femme, on constate que sa taille est petite; la tête est volumineuse et présente des bosses frontales saillantes, les membres inférieurs sont peu développés par rapport au tronc, les jambes présentent une courbure à concavité interne assez accentuée; en faisant rapprocher les deux membres inférieurs l'un de l'autre on voit que les cuisses n'arrivent pas au contact par leur face interne. Les tibias sont particulièrement déformés. Ils présentent une convexité interne tellement prononcée que les os viennent au contact l'un de l'autre quand on prie cette femme de joindre les talons.

La cage thoracique n'est pas déformée et la colonne vertébrale ne présente pas de déviation, on constate seulement quand la femme est debout une ensellure lombaire assez marquée.

Extérieurement le bassin paraît petit, les épines iliaques antérieures et supérieures paraissent assez rapprochées l'une de l'autre, les hanches sont peu saillantes. L'interrogatoire vient nettement confirmer l'origine rachitique de ces déformations extérieures du squelette. Cette femme dit en effet avoir marché très tardivement à l'âge de 7 ans seulement.

A la *palpation* du ventre on constate un utérus très développé projeté en avant et dont le fond dépasse l'ombilic d'un travers de main. Il est un peu plus élevé qu'il ne devrait si l'on s'en rapporte à l'âge présumé de la grossesse, fixée d'après l'époque de ses dernières règles.

On sent de plus que le fœtus est très mobile, donnant dans l'hypocondre droit la sensation de ballotement céphalique abdominal ; l'extrémité pelvienne est en bas.

A l'auscultation, on entend nettement les bruits du cœur fœtal, leur maximum d'intensité se trouve à droite et au voisinage de l'ombilic.

Le toucher est particulièrement intéressant : il fait sentir un col ramolli, assez élevé et dont l'orifice externe punctiforme regarde un peu en arrière. On constate de plus une projection assez marquée des deux premières vertèbres sacrées dans l'excavation pelvienne. Le promontoire est assez élevé et le bassin généralement petit dans tous ses diamètres. Le diamètre promonto-sous pubien mesuré à l'aide du toucher mensurateur n'a que 8 centimètres.

Dans un deuxième examen fait à une époque plus rapprochée du terme on constate que le fœtus a l'extrémité céphalique en bas, orienté en OI.D.T.

Cette tête non engagée est très mobile au-dessus du détroit supérieur, le palper mensurateur permet d'établir qu'elle fait une saillie très prononcée en avant du bord supérieur de la symphyse.

L'accouchement par les voies naturelles étant jugé impossible, M. Boissard assisté de ses internes Lafoy et Coudert, pratique l'opération césarienne le 30 avril 1901, à 3 heures 1/2 du soir.

Détails de l'opération. — La femme non en travail est anesthésiée par le chloroforme après que la vessie a été vidée. Une injection d'ergotine est faite en prévision d'une hémorrhagie.

M. Boissard fait sur la ligne blanche une incision de la paroi abdominale longue de 18 centimètres et partant à 7 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. L'ombilic est situé un peu au-dessous du milieu de l'incision.

La cavité péritonéale étant ouverte, l'utérus mis à nu est attiré hors de la cavité abdominale.

Des champs stérilisés sont placés sur tout le pourtour de l'incision abdominale pour empêcher la sortie des anses intestinales et la pénétration du sang et du liquide amniotique dans la cavité péritonéale. Pendant que M. Coudert saisit les ligaments larges et les comprime, l'utérus est incisé longitudinalement sur la ligne médiane et sur une longueur de 15 centimètres.

L'utérus est d'abord ponctionné au bistouri, puis l'incision est continuée de bas en haut avec de forts ciseaux, dont la pointe est guidée par la face palmaire de l'index introduit dans la cavité utérine. Le placenta n'est pas intéressé par l'incision.

L'utérus une fois incisé et l'œuf ouvert, une notable quantité de liquide amniotique s'écoule, le fœtus est rapidement saisi par un pied et très facilement extrait. Le décollement du placenta, rapidement pratiqué, s'accompagne d'une hémorragie relativement peu abondante. Le décollement des membranes est plus difficile ; celles-ci se déchirent et ne sont extraites que par lambeaux par suite de leurs adhérences au niveau des cornes utérines, adhérences favorisées par la rétraction rapide de l'utérus.

Les lèvres de l'incision utérine sont rapidement suturées à l'aide de la grande aiguille courbe de Reverdin et de fils de soie n° 2.

Les points de suture sont faits à 1 cm. d'intervalle et embrassent toute l'épaisseur de la paroi utérine.

Un seul point superficiel est pratiqué pour arrêter l'hémorragie qui se produit au niveau d'un point profond.

L'utérus est ensuite réintégré dans la cavité abdominale, après avoir enlevé les champs et épongé la faible quantité de sang et de liquide amniotique qui a pénétré dans la cavité péritonéale.

On passe ensuite à la suture de la paroi abdominale, qui est faite en trois plans.

Un premier surjet au catgut de petit calibre est pratiqué, comprenant seulement le péritoine, puis un 2^e surjet toujours

au catgut comprenant le plan musculo-aponévrotique. La suture des téguments est faite avec des points séparés de crins de Florence.

Le pansement est fait avec poudre et compresses de gaze, iodoformées, après quoi l'on pratique une injection très chaude de sublimé dans le vagin que l'on bourre ensuite de mèches iodoformées.

La durée de cette opération a été de 40 minutes.

L'enfant né en état de mort apparente n'a été ranimé qu'au bout d'un quart d'heure à l'aide de l'insufflateur, de flagellation, de friction à l'alcool et de bains sinapisés. Une fois ranimé, son état est resté bon. Il pesait 2450 grammes et mesurait 8,5 de bipariétal. La courbe de son poids s'est toujours maintenue régulièrement croissante pendant tout le temps qu'il est resté à la maternité.

L'opérée a présenté pendant les deux ou trois premiers jours qui ont suivi l'opération de la dyspnée légère et, aux bases, des râles sous crépitants, signes de congestion pulmonaire légère qui paraît vraisemblablement avoir été causée par les inhalations de vapeur de chloroforme. On a fait des applications répétées de ventouses sèches et ces phénomènes pulmonaires se sont amendés. La température pendant les cinq premiers jours qui ont suivi l'opération a oscillé entre 37° et 38°. Le soir du 6^e jour il s'est produit un frisson et la température est montée à 38°,6 ; le soir du 7^e, elle atteignait 39°,9. Cette élévation de température est attribuée à la rétention des lochies et des débris de membranes, l'utérus n'ayant pas été drainé le jour de l'opération.

Une injection intra utérine au sublimé au millième est pratiquée aussitôt, les lochies et les parcelles de membrane entraînées par le liquide de l'injection viennent pleinement confirmer les prévisions ; la température est redevenue normale aussitôt après l'injection et elle s'est maintenue ainsi jusqu'à la sortie de cette femme de l'hôpital.

La plaie abdominale s'est rapidement cicatrisée les crins

ont été enlevés le 10^e jour et on a permis à la femme de se lever le 26^e jour après l'opération.

Il ne s'est pas produit de montée de lait et l'enfant a été confié aux soins d'une nourrice. Il pesait 3300 grammes à sa sortie.

OBSERVATION III. (Inédite).

Due à l'obligeance de notre excellent ami M. Chanu,
externe du service.

Opération césarienne conservatrice faite par Boissard.

La femme Br. Albertine (n^o 404) est admise à la maternité de l'hôpital Tenon le 28 avril 1901 à 11 h. 45 du soir, pour menace de travail; légère douleur dans le bas-ventre et les reins, disant avoir perdu du mucus sanguinolent dans la soirée.

Antécédents héréditaires. — Rien dans les ascendants et rien dans les collatéraux.

Antécédents personnels. — Cette femme aurait, dit-elle, marché de très bonne heure, à moins d'un an. A 18 mois elle aurait été prise de convulsions et à la suite ne se serait mise à marcher qu'à 3 ans, mais en boitant légèrement. Néanmoins la flexion et l'extension des jambes était complète et cela jusqu'à l'âge de 16 ans. A cette époque a eu les deux pieds pris dans les rayons d'une roue de voiture et fut traînée sur un assez long parcours; n'a pas pu se relever elle-même. Fut soignée chez elle; le médecin constata à cette époque une luxation double de la hanche, ainsi que des fractures des deux malléoles des deux côtés. Est restée un an au lit; au bout de ce temps la malade a pu se relever et marcher sans béquilles, mais elle s'est alors aperçue qu'elle ne pouvait plus plier qu'incomplètement les membres inférieurs, surtout le droit, et que son genou gauche se trouvait rejeté en dedans en *genu valgum*; enfin, il lui était impossible d'écarter les cuisses l'une de l'autre de plus d'un travers de main. Les fractures malléolaires étaient bien

consolidées et les chevilles n'étaient pas déformées ; depuis cette époque les déformations n'auraient pas augmenté.

Ant. gén. et obstétricaux. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, mariée à 20 ans; en juillet 1899 est devenue enceinte, mais n'alla pas consulter au cours de sa grossesse qui se passa normalement. Est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 19 avril 1900 au soir, était alors en travail. L'accoucheur de service constata l'état de son bassin ; le travail se faisait très lentement et le rétrécissement du squelette faisait craindre que l'accouchement ne pût se terminer qu'au prix de la vie de l'enfant.

On hésita un peu, et on se proposait de faire une césarienne conservatrice lorsque la femme accoucha spontanément le 20 avril, à deux heures du matin, d'un enfant vivant bien constitué, pesant à peine 2 kilogs.

Les suites de couches furent normales et l'accouchée sortit le douzième jour de l'hôpital. Le retour de couche eut lieu au mois de juin. L'enfant sevré au bout de six semaines mourut le 7 septembre 1900 de méningite tuberculeuse.

Fut bien réglée après son retour de couche jusqu'au 27 juillet 1900, époque de la dernière apparition des règles qui se terminèrent le 1^{er} août.

Bien que se sachant enceinte et malgré les conseils à elle donnés par le médecin accoucheur de Saint-Louis lors de sa dernière couche, cette femme ne consulta pas au cours de sa dernière grossesse. Le 28 avril, se croyant être en début de travail, elle vint à la maternité de Tenon à 11 h. 45 du soir, où elle fut admise bien qu'elle ne fut ni à terme ni en travail.

Palpation. — On constate alors grossesse de 8 mois et demi environ ; utérus dépassant l'ombilic de 7 travers de doigt. Présentation du sommet en OI DT. Extrémité céphalique ballotant au-dessus du détroit supérieur. Enfant vivant, pas trop volumineux, assez mobile. Pas d'exagération de liquide amniotique, pas d'albumine ni de sucre ; non en travail.

Inspection. — On constate l'existence d'une luxation coxo-fémorale double accentuée surtout à droite. Les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont très limités surtout de ce côté. A gauche, la jambe est dans l'adduction forcée, le genou de ce côté se trouve être en *genu valgum*. De plus, cette jambe paraît plus courte que l'autre ; l'extension complète est aussi impossible ; l'abduction des cuisses est absolument impossible. Les fémurs ne sont que peu incurvés, les tibias point du tout et ne présentent pas de déformations au niveau des fractures anciennes. La malade étant debout, on constate un aplatissement de la fesse droite avec affaissement du pli fessier de ce côté. Spondilolsthésis léger par glissement de la dernière vertèbre lombaire sur le sacrum. Partie droite du bassin déviée en haut.

Toucher. — Assez pénible à pratiquer par suite de l'obstacle apporté par le défaut d'abduction des cuisses. On trouve un bassin rachitique généralement petit, canaliculé ; toute la face antérieure du sacum est accessible et très peu concave. Le promontoire très élevé est facilement accessible. Faux promontoire lombaire, diamètre promonto sous-pubien 9.7. Les ailerons du sacrum paraissent sains ainsi que les articulations sacro-iliaques qui sont normalement distantes de la ligne médiane. La ligne innominée peut être suivie dans toute sa longueur. Le bassin n'est que légèrement rétréci à droite. A gauche il y a un aplatissement très marqué qui rétrécit considérablement l'excavation. Bassin genre oblique ovalaire. Taille 1^m39. Diamètre bitrochantérien 33,5. Diamètre bi-épineux 31 cm.

La malade est examinée le lendemain sous chloroforme. La pelvimétrie pratiquée avec l'appareil de Farabeuf donne comme diamètre 7 c. 5.

L'opération césarienne est pratiquée le 11 mai par M. Bois-sard, assisté de ses internes MM. Lafoy et Coudert. Le manuel opératoire fut exactement le même que celui indiqué dans l'observation précédente. Le seul détail nouveau fut l'intro-

duction dans l'utérus d'une longue mèche de gaze iodoformée qui fut retirée par le vagin 5 jours après.

Naissance d'un enfant en état de mort apparente ranimé rapidement, pesant 2.520. Diamètre : occip. front. 10,2. Occipito-ment. 11.5 ; *Bipar.* 9 ; *Bitemp.* 7.4 ; *Sous-occip.-bregm.* 9,8.

Les suites opératoires furent apyrétiques et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie avec un enfant pesant 3300 grammes.

OBSERVATION IV. (Résumée).

(*Semaine gynécologique.* Paris, 20 mars 1900).

Luxation du sacrum en avant. Diam. antéro-post. de 65 mm.

Opér. césarienne conservatrice.

Par MM. Malapert et Billot.

La femme Marie G..., 25 ans, a une ensellure marquée au niveau du sacrum.

Jusqu'à l'âge de deux ans cette femme ne présenta rien de particulier lorsque tout à coup on s'aperçut qu'elle ne pouvait se tenir debout.

Peu après on vit survenir toute une série d'abcès qui s'ouvrirent à la région sacrée, et pendant 5 ans l'enfant ne put marcher.

Vers l'âge de 7 ans les forces revinrent, les abcès se tarirent, et l'enfant recommença à marcher, mais en présentant une démarche particulière.

A 18 ans. Marie G..., en descendant un escalier, glissa et vint tomber de la hauteur d'une douzième marche sur le dos d'une chaise. Elle ressentit une vive douleur au niveau du sacrum et fut obligée de s'aliter. Le choc fut violent mais il n'y eut pas de plaie extérieure. Au bout de 12 jours de repos la malade commença à se lever. La dépression au niveau du sacrum était plus marquée et la taille était plus cambrée qu'aupa-

ravant; mais ce furent les seuls accidents consécutifs à cette chute.

A 21 ans la malade se marie et devient enceinte au bout de 3 ans. La grossesse fut normale, mais l'accouchement se fit dans des conditions particulièrement graves.

Cinq jours après le début du travail, un médecin appelé près de la parturiente constata un rétrécissement du bassin. Aidé d'un confrère, il fit plusieurs applications de forceps sur la tête qui se présentait, mais sans résultat. Une version podalique permit d'extraire le corps de l'enfant, mais la tête restait au-dessus du détroit supérieur. On pratiqua alors une détroncation; mais malgré de nombreuses applications de forceps, malgré le broiement de la tête, on ne put terminer l'accouchement.

Le lendemain la tête fut expulsée avec des lochies fétides et le placenta déjà altéré.

Quelques jours après survinrent des accidents puerpéraux graves; cependant après 8 jours de fièvre et de délire, la malade entra en convalescence et guérit.

Une nouvelle grossesse survint bientôt. Malgré les conseils de son médecin, la femme G. ne consentit pas à laisser pratiquer un avortement, et elle arriva ainsi au terme de sa grossesse.

Le 9 septembre, la malade ressentit les premières douleurs de l'enfantement. Elle fit appeler son médecin qui parvint à la décider de se rendre à Poitiers où elle entra à l'Hôtel-Dieu le 11 septembre, à 2 heures de l'après-midi.

Les contractions de l'utérus étaient violentes, mais la tête du fœtus ne pouvait franchir le détroit supérieur. En effet, le doigt permettait de sentir le promontoire assez facilement accessible. Mais, au-dessous, le sacrum repoussé en avant et à droite faisait une saillie énorme, ne laissant subsister que 6 cm. 5 de diamètre antéro-postérieur. La poche des eaux était rompue, mais il y avait encore du liquide amniotique que l'on voyait s'écouler dans l'intervalle des contractions, très fortes et très fré-

quentes. L'enfant était vivant, on percevait les bruits du cœur; il se présentait en OIGA.

Avec notre excellent confrère le docteur Billot, médecin chef de l'hôpital militaire, nous décidons de pratiquer une opération césarienne.

En effet une symphyséotomie ne nous aurait pas permis d'extraire un enfant paraissant assez volumineux. L'enfant étant vivant, nous ne voulions pas le sacrifier de propos délibéré.

A 10 h. du soir nous pratiquons l'opération. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire qui est bien connu. Mais l'incision faite sur la ligne médiane de l'utérus, tomba directement sur le placenta. Il fallut donc commencer par extraire rapidement le placenta qui saignait abondamment.

Sitôt l'extraction terminée, l'utérus se contracta et l'hémorrhagie s'arrêta.

Après une toilette de la cavité utérine, le muscle est suturé d'abord avec des points profonds à la soie, puis avec un surjet séro-musculaire superficiel et à points rapprochés. La cavité abdominale, nettoyée avec des compresses aseptiques, est refermée par 3 plans de suture.

L'enfant, un gros garçon bien constitué, pesait 3500 grammes.

Les suites opératoires furent des plus simples, le premier pansement fait au bout de 10 jours.

Trois semaines après l'opération, la malade quittait l'Hôtel-Dieu.

Quant à l'enfant, élevé au biberon, il se porte toujours bien.

OBSERVATION V (Résumée.)

(Semaine gynécologique, 13 février 1900.)

Bassin rachitique pseudo-ostéomalacique asymétrique.

Diamètre promonto-sous-pubien de 88 mm.

Opération Césarienne conservatrice.

Par les Docteurs Cestan et Peyrau de Toulouse.

La nommée Ph... X..., 26 ans, primipare, est entrée à la clinique d'accouchement de Toulouse le 17 août 1899.

La malade dit qu'elle a marché à l'âge de 3 ans seulement, et qu'à la suite d'un rhumatisme (?) survenu vers l'âge de 11 ans, ses deux genoux se sont déformés.

Elle ne peut fournir aucun renseignement sur la date de ses dernières règles. Elle était cependant très bien réglée avant de devenir enceinte. Elle croit cependant que le début de la grossesse remonte au commencement de décembre.

A part quelques vomissements bilieux, quelques troubles de la vue et crises de gastralgie, la grossesse a évolué d'une façon normale jusqu'au 16 août 1899, époque à laquelle la malade, qui a perdu du sang, entre à la clinique dans le service de M. le Professeur Crouzet.

A l'examen on trouve :

Inspection. — Femme de très petite taille : 1 m. 23.

Le crâne présente des bosses frontales saillantes. Le thorax ne présente pas le chapelet rachitique, le sternum est convexe avec saillie angulaire à l'union de la 1^{re} avec la 2^e pièce.

Les fémurs sont incurvés, et les tibias en lame de sabre ; avec, en plus, double genu valgum qui se serait produit à l'âge de 11 ans.

Le bassin est en antéverson et latéro-version gauche légère. Légère asymétrie du bassin, révélée par l'épreuve du fil à plomb et l'examen du triangle de Michaelis.

Palpation. — La tête fœtale très élevée et mobile au-dessus

du détroit supérieur a de la tendance à fuir dans la fosse iliaque droite ; le siège est dans l'hypochondre gauche, le dos en écharpe facilement perçu sous la main ainsi que les petits membres qui occupent le fond de l'utérus, sur la ligne médiane.

Le placenta ne se trouve donc pas sur la face antérieure de l'utérus, constatation qui a son importance au point de vue opératoire.

Auscultations. — Le double battement fœtal est perçu au niveau du foyer des gauches transversales.

Quand on amène la tête au contact du détroit supérieur, on constate qu'elle déborde notablement l'arc antérieur du bassin.

Toucher. — Il est pratiqué sous le chloroforme parce que douloureux.

C'est avec peine que le doigt arrive sur la tête fœtale.

Ce qui frappe tout d'abord au point de vue de l'examen du bassin, c'est la saillie du promontoire contre laquelle le doigt vient immédiatement buter, et l'aplatissement des parois latérales. La face antérieure du sacrum redressée est accessible sur toute sa hauteur ; la dernière pièce de cet os et le coccyx pointent directement en avant. Les lignes innommées sont redressées : tandis qu'à gauche la ligne correspondante est convexe en dedans, et que le doigt la suit sur tout son parcours, à droite au contraire, elle est rectiligne et l'on perd son contact au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, où existe une profonde gouttière.

En arrière de la symphyse pubienne, qui mesure 6 centimètres de hauteur, le bec de canard se dessine très nettement. L'arcade pubienne, ainsi que les inclusions, sont très rapprochés.

Il s'agit donc d'un bassin rachitique pseudo-ostéomalacique généralement rétréci et asymétrique, avec arrêt de développement du côté gauche.

Le diamètre promonto sous-pubien mesure 8 cent. 8, le coccy-sous-pubien 7 centimètres.

Le travail a débuté le 25 août, à 7 heures du soir. La malade qui jusque-là avait refusé toute intervention sanglante, se soumit à une opération qui permettrait la conservation de son enfant. L'opération césarienne est pratiquée à 9 heures 30 du soir.

L'enfant, du sexe féminin, a crié immédiatement ; il est bien constitué et pèse 2,970 grammes. Le diamètre B. P. mesure 9 centimètres, et la grande circonférence de la tête 36 centimètres.

Il n'a pas été mis au sein de la mère, qui n'avait pas de lait ; il a été élevé au lait de vache stérilisé.

Le 14^e jour, il présente des vomissements puis de la diarrhée verte et, malgré tous les traitements (lait d'ânesse, eau bouillie, antisepsie intestinale, bains synapisés, oxygène, etc.), il succombait le 11 septembre, c'est-à-dire 18 jours après l'intervention.

Suites opératoires. — Elles ont été des plus régulières, pas de choc ; les lochies n'ont jamais présenté la moindre odeur. La température n'est montée à 38°,6 que le lendemain de l'opération, et à 38°,5 le 6^e jour.

Le 12^e jour, ablation des crins de Florence.

Le 15 septembre, c'est-à-dire le 21^e jour après son repas, la malade, qui était assise sur son lit, fut prise subitement d'une crise de colique hépatique des plus violentes et des plus nettes.

Elle s'est levée pour la première fois le 18 septembre.

Le retour des règles a eu lieu le 9 octobre. Il avait été précédé de céphalalgie et d'ascension thermométrique, 39°,5, mais pas de douleur abdominale.

La malade a quitté le service en parfait état, sans particularité du côté de la cicatrice.

Cette femme, que nous avons revue depuis, et à laquelle nous avons conseillé le port d'une ceinture abdominale souple, ne présente aucune des complications éloignées qui ont été signalées après l'opération césarienne.

OBSERVATION VI

Un cas d'opération césarienne par V. P. Bachkoff.

Wratch, 1899, p. 1035 (1).

Paysanne de 27 ans. Quatrième grossesse à terme.

Première grossesse à terme, basiotripsie.

Deuxième grossesse, accouchement provoqué à 7 mois.

Troisième grossesse à terme, basiotripsie.

L'opération césarienne décidée est acceptée afin de conserver l'enfant et de pratiquer la castration qui ne fut d'ailleurs pas faite.

L'opération fut faite 42 heures après le début du travail à l'hôpital communal, dans une installation très sommaire.

L'utérus sectionné sur la ligne médiane dans toute sa hauteur, fut suturé après l'extraction de l'enfant et du placenta, sans que la ligature élastique ait été nécessaire. Un drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, en prévision d'une infection très vraisemblable vu les conditions opératoires. Elle se manifesta en effet quoique bénigne et la guérison fut complète en 20 jours. Enfant vivant.

OBSERVATION VII

(*Gazette de Picardie*, nov. 1900).

*Opération césarienne faite par M. le docteur Fournier
d'Amiens.*

Stéphanie C..., 25 ans, primipare, n'a marché qu'à 4 ans.

Elle a 1 m. 41 de taille, un front olympien, un léger prognathisme, des tibias incurvés, des hanches non saillantes. Elle est porteuse d'un bassin rachitique généralement rétréci, un peu aplati et canaliculé, ayant 7 cm. 1/2.

La tête de l'enfant est en OI DT, mobile au-dessus du détroit

(1) *Annales de Gynécologie*, oct. 1900.

supérieur, où elle fait une telle saillie qu'à première vue on pourrait croire à une vessie distendue. Le palper démontre que cette tumeur est bien dure, arrondie, et déborde la symphyse.

Le 5 novembre 1898, aidé de M. Degouy, de Doullens et de M. Cresson, opération césarienne : hémorrhagie abondante due surtout au placenta inséré sur la face antérieure et incisé dès l'abord.

Garçon vivant, pesant 3000 grammes,

La malade présente quelques phénomènes d'infection légère sous-cutanés. Injection de sérum. Injections intra-utérines iodées.

L'amélioration commencée le 8, s'accroît les jours suivants Colpotomie postérieure pour abcès rétro-utérin et drainage.

Le 25, elle est complètement guérie et sort avec son enfant bien portant.

OBSERVATION VIII

(*Gazette de Picardie*, nov. 1900.)

Opération césarienne faite par M. le docteur Fournier.

Julia H..., 23 ans, secondipare, n'a marché qu'à 7 ans. Régliée à 18 ans; elle habite Sailly-Laurette d'où elle est envoyée par le docteur Grenet.

Je l'ai accouchée le 29 mars 1897 dans le service de clinique, pour la première fois. A cette époque on a trouvé, comme aujourd'hui : Taille 1 m. 44, prognathisme, nombreuses traces de rachitisme; voussure de la colonne vertébrale, fémurs courbés en dedans et en arrière, jambes grêles, thorax déformé, ventre en besace. Bassin rachitique généralement rétréci; promonto pubien minimum, 7 cm. 1/2.

Une tentative d'accouchement avant terme échoua faute de renseignements, et je dus pratiquer une basiotripsie.

En décembre 1899. Nouvelle grossesse à terme. Sans attendre le travail, le 16 décembre 1899, opération césarienne sur un enfant en O I G A non engagé. Le placenta occupait la face

postérieure et débordait un peu sur le fond. L'hémorrhagie est peu importante.

L'enfant pèse 2900 grammes ; l'intervention a duré 25 minutes. Les jours suivants, phénomènes d'infection légère : injection de sérum et injections intra-utérines. Les suites sont normales, et quinze jours après l'intervention, la mère part avec son enfant.

OBSERVATION IX

(*Gazette de Picardie*, nov. 1900.)

Opération césarienne faite par M. le docteur Fournier.

Blanche L..., 25 ans, secondipare, a marché à trois ans ; elle a eu une suppuration osseuse de la hanche droite ankylosée jusqu'à l'âge de 13 ans. Réglée à 18 ans.

En août 1899, première grossesse avec crises d'éclampsie terminée par basiotripsie.

En août 1900 : une nouvelle grossesse à terme.

Elle a 1 m. 42 de taille, est rachitique, prognathe, au front olympien ; le squelette est grêle, les jambes petites, les fémurs courbés ; bassin rachitique généralement rétréci canaliculé de 8 cm. de P. p. minimum.

Le 27 août opération césarienne. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus. Après l'incision utérine, une main décolle le placenta à droite et à gauche et repousse l'œuf tout à fait décollé hors de la cavité utérine. Les membranes sont rompues au dehors et l'enfant extrait, de sexe féminin, n'a que huit mois et demi et pèse 2,600 : un peu étonné, il est rapidement ranimé.

La quantité de sang perdu n'a pas été de plus d'un verre. L'opération a duré à peine 20 minutes. La mère n'a reçu ni injections de sérum, ni autres ; son pouls n'a pas changé. La température est restée normale. Elle ne s'est pas plus ressentie de cette intervention que d'un curettage. La montée de lait a eu

lieu au troisième jour ; elle a nourri son enfant, et est partie avec son enfant en bonne santé, une quinzaine de jours après cet accouchement.

OBSERVATION X

(*Bulletin de la Soc. d'obst. de Paris*, janvier 1889).

Opération césarienne par M. le Dr Fournier.

Louise B..., 20 ans, secondipare, entre le 30 novembre 1900 dans le service de clinique.

Elle a marché à 3 ans ; a été réglée à 13 ans et est accouchée une première fois l'année précédente d'un enfant mort extrait péniblement, dit-elle, au moyen du forceps, après un accouchement qui a duré trois jours.

Elle a 1 m. 35 de taille et présente des signes de rachitisme : front olympien, nez écrasé, avant-bras recourbés, poignets noueux, fémurs convexes, genou volumineux. Le bassin est généralement rétréci et un peu aplati d'avant en arrière :

ST = 18

BF = 23

BI = 25

BT = 30

Le promontoire est facilement accessible. Le P. p. minimum a 8 centimètres ; les premières pièces du sacrum sont saillantes, le bassin est un peu canaliculé. Il s'agit d'une OIGA non engagé.

L'opération est décidée pour l'après-midi, et le 30 novembre à trois heures, aidé du docteur Debary et du docteur Legrand, je pratique l'opération césarienne. Une incision est faite sur la ligne blanche, elle a 15 centimètres de long, et son milieu répond à l'ombilic. L'utérus entouré de compresses est amené hors de l'abdomen. L'aide pince les ligaments larges ; l'incision

utérine intéresse la moitié supérieure de la face antérieure, le fond et seulement l'épaisseur de la paroi utérine.

Les membranes apparaissent, et le bord du placenta affleure seulement la partie supérieure de l'incision, au fond de l'utérus; le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus. La main décolle l'œuf et l'extrait complètement. Cet œuf est confié à l'interne, M. Jullien, qui l'emporte au fond de la pièce afin de l'ouvrir, et on extrait un enfant parfaitement vivant, qui crie de suite et ne présente aucun signe d'asphyxie. La cavité utérine est vidée des caillots, et les parois sont suturées comme d'ordinaire sur deux plans; l'opération est terminée au bout de 25 minutes environ. La perte de sang peut être évaluée à 500 grammes. Après le pansement j'introduisis par le vagin un doigt dans le col qui, fermé avant l'opération, a acquis une dilatation de 2 francs au moins, et j'extrais quelques lambeaux membraneux.

Le pouls est devenu très rapide pendant l'intervention, mais il remonte vite sans sérum, ni ergotine, et les suites des couches sont assez normales pour que la malade sorte au quinzième jour bien guérie emmenant son enfant.

Cet enfant du sexe féminin, pesait 3100 et avait 49 cm. Les diamètres de la tête étaient :

OF	=	11,5
SOM	=	13
SOB	=	9
BP	=	9,5
BT	=	7

Le placenta pesait 450 gr. et était inséré sur la face postérieure et un peu sur le fond de l'utérus.

OBSERVATION XI

Bull. de la Société d'obst. de Paris, 17 janv. 1901

Opération césarienne par M. le Dr Fournier

Jeanne T..., 24 ans, secondipare, a marché à 4 ans. Réglée à 16 ans, elle est accouchée en décembre 1898.

L'enfant, extrait par une version podalique, ne pesait que 2.200 gr., et après avoir vécu pendant 6 semaines est mort de débilité. En 1899, la malade est venue consulter pour une rétroflexion utérine entraînant une constipation opiniâtre et de vives douleurs. Une hystéropexie vaginale a été faite, et malheureusement le fonds de l'utérus a été fixé à la paroi vaginale antérieure.

Cette malade a 1 m. 40, des signes de rachitisme, le maxillaire, le chapelet, les fémurs, les tibias, et surtout le bassin ;

SP = 17

BA = 24

BI — 29

BT — 26

Le promontoire est accessible, et le *P. p. minimum* a 8 cm. 5. Malgré les affirmations de la malade, elle ne paraît pas être à terme complètement : son utérus très en besace n'atteint pas le creux épigastrique et le fœtus ne s'engage pas. Il s'agit d'une SIGA, le siège étant dans la fosse iliaque gauche, la tête dans le flanc droit, le fœtus oblique et la position non encore acquise.

Mais un examen plus complet nous montre que la véritable cause de cette absence de présentation est une antéversion extraordinaire de l'utérus telle que le fond est tout à fait tombé en avant, et le col si haut et si loin que pour le trouver, il faut introduire la main dans le vagin ; on le sent alors tout à fait en arrière.

Je tiens à noter en passant que quatre fois déjà je me suis trouvé en face de femmes ayant subi l'hystéropexie vaginale, et devenues enceintes, et que chez elles l'accouchement s'est bien fait parce que je n'ai pas constaté d'antéversions ; mais j'ajoute que dans ce cas particulier, dans lequel le fond de l'utérus a été fixé très en avant, il n'en sera pas de même et que l'accouchement naturel me paraît devoir être impossible. Je trouve donc davantage de raisons de faire la césarienne pour ce motif : *l'antéversion de cet utérus*, que pour le rétrécissement assez ordinaire de ce bassin.

Je pratique l'opération césarienne le 27 décembre, aidé du docteur Debary, des internes et élèves sages-femmes. Le procédé opératoire est le même que d'ordinaire, mais il est bon de remarquer que l'incision a porté davantage sur le fond de l'utérus en raison de l'antéversion de l'organe. Le placenta inséré sur le fond et sur la face antérieure se présente de suite, et l'on se met en demeure de le décoller de la paroi utérine. L'œuf est décollé, enlevé et emporté au bout de la salle où l'interne, M. Vasselle, l'ouvre et extrait un enfant vivant qui crie de suite. La malade a perdu environ 500 grammes de sang, elle a reçu 300 grammes de sérum dans la soirée.

Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier.

L'enfant pèse 2600 grammes et a 45 centimètres de longueur.

OF=41

SOM=42

SOB= 8,5

BP= 8,5

Le placenta pesait 450 grammes.

CHAPITRE IV

Parallèle entre la symphyséotomie et l'opération césarienne conservatrice.

Nous venons d'étudier dans les deux chapitres précédents, les résultats fournis par la symphyséotomie et l'opération césarienne conservatrice. Nous avons connaissance de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile qu'elles fournissent. Nous allons donc pouvoir maintenant, en nous appuyant sur les statistiques, essayer de déterminer laquelle des deux opérations doit avoir la préférence de tout accoucheur impartial.

Nous allons nous placer successivement sur le terrain :

1° De la survie des enfants ;

2° De la survie des mères.

En nous plaçant d'abord à un point de vue général, nous énoncerons cette proposition : que les intérêts de l'enfant sont tout aussi sacrés que ceux de la mère. N'y a-t-il pas tout avantage à sauver l'enfant pour sauver la mère ? Ou doit-on laisser disparaître une existence fragile pour conserver une existence plus solide ?

Évidemment l'opération mutilatrice sur un enfant

vivant est toujours une intervention de pénible nécessité. Il est du devoir de tout accoucheur d'éviter ce que M. PINARD a très bien appelé un « fœticide thérapeutique. » Dans le cas où une femme se présente avec une grossesse à terme, le médecin doit prévoir, par un examen attentif, ce qui pourra se passer au moment de l'accouchement. A lui alors, après avoir jugé en connaissance de cause, de décider l'opération qui, tout en ne compromettant pas la vie de l'enfant, ne fera pas courir de trop grands dangers à la mère.

A ce point de vue, il nous semble que l'opération césarienne doit avoir la préférence de l'accoucheur. La mortalité infantile dans la symphyséotomie est de **16,45** % le triple de la mortalité infantile fournie par la césarienne qui ne donne que **5,1** % de mortalité.

Cela tient à ce que, par l'opération césarienne, on peut créer à l'enfant à travers l'utérus une voie artificielle aussi grande que l'on voudra pour que cet enfant soit extrait sans aucun traumatisme.

Il n'en est pas de même pour la symphyséotomie. En effet, lorsque la section a été faite, c'est-à-dire lorsque l'obstacle a été levé, du moins partiellement, l'enfant doit encore trouver une voie étroite avant d'être extrait complètement. Le bassin seul n'est pas rétréci, les parties molles également ont dans une certaine mesure été arrêtées dans leur développement. Le défaut de souplesse du vagin, du périnée, de la vulve et des tissus pelviens continue en effet à entretenir la dystocie après la section du bassin, et fait perdre à la symphyséotomie la plus grande partie de ses avantages. D'ailleurs ces tissus insuffisamment

étouffés peuvent limiter le degré d'écartement des pubis et risquent plus que d'autres de se déchirer au cours de l'intervention. Pour faire franchir à l'enfant l'obstacle formé par le bassin mou, il faudra donc avoir recours à l'accouchement artificiel par forceps ou par version. Cela souvent ne va pas sans traumatismes graves pour l'enfant.

Nous pouvons donc dire qu'au point de vue des enfants la comparaison est entièrement et indiscutablement en faveur de l'opération césarienne. En principe elle doit toujours amener un enfant vivant, la mortalité infantile devant être l'exception. C'est là un premier point important de la supériorité de la césarienne sur la symphyséotomie.

Au point de vue maternel quels sont les avantages et les inconvénients respectifs de la symphyséotomie et de l'opération césarienne ?

Le plus grand nombre des accoucheurs se sont toujours prononcés contre l'opération césarienne, précisément à cause des risques qu'elle faisait courir à la mère. Evidemment les statistiques anciennes sont peu faites pour aller à l'encontre de cette opinion. Mais si nous considérons les risques opératoires immédiats reprochés à la césarienne, nous voyons qu'on s'est toujours fait un épouvantail des hémorrhagies et du choc opératoire. Pour ce qui est des hémorrhagies, nous avons vu quels étaient les moyens de les prévenir : injection préventive d'ergotine, compression manuelle des ligaments larges et sutures de l'utérus. D'ailleurs la symphyséotomie elle aussi, donne lieu à des hémorrhagies profuses en nappes et que l'on

a souvent beaucoup de difficulté à arrêter. Toujours est-il que dans les deux opérations césariennes que nous avons vu faire par M. BOISSARD, en employant le procédé ci-dessus, nous n'avons pas vu d'hémorrhagie abondante se produire. M. BAR, au cours des interventions personnelles qu'il a pratiquées, n'en a pas constaté, non plus que dans les césariennes où il servit d'aide à Tarnier

Quant aux phénomènes de choc, ils sont le plus souvent sous la dépendance de l'hémorrhagie. C'est dire que l'hémorrhagie étant parée, les phénomènes de choc sont peu fréquents. Il faut cependant tenir compte dans une certaine mesure de la prédisposition particulière de certaines malades. Il faut également savoir que la lenteur de l'opération y prédispose. Mais ces phénomènes qu'on s'était jusqu'alors à considérer comme étant le lot ordinaire de la césarienne s'observent également dans la symphyséotomie. Pour cette dernière opération, FOCHIER considère le choc opératoire comme étant souvent grave. La statistique de M. LEPAGE, qui date de l'an dernier, nous montre également que sur sept symphyséotomies, il y a eu deux fois des phénomènes de choc opératoire très graves.

Nous devons faire remarquer que l'opération césarienne *avec Porro*, s'accompagne presque toujours de choc opératoire; comme dans l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome volumineux, l'enlèvement d'une grosse tumeur, très vasculaire, supprime du même coup une masse de sang relativement considérable; la tension sanguine dans le reste de l'organisme est modifiée, ce qui provoque des phénomènes de choc.

Nous voyons donc que les risques immédiats de la césa-

rienne, qu'on a toujours considérés comme étant particulièrement sérieux, beaucoup plus sérieux què ceux de la symphyséotomie, ont été exagérés. Nous dirons même que quand l'opérateur est habile, rapide, qu'il a l'habitude des laparotomies, en un mot, quand l'accoucheur est double d'un chirurgien, les risques tendent à disparaître. Les phénomènes d'infection et de péritonite consécutive peuvent exister, il est vrai, **mais il ne faut pas mettre sur le compte de l'opération, ce qui n'est que la faute de l'opérateur ou de ses aides.** Lorsque l'opération a été faite rapidement et proprement, les opérées peuvent se lever au bout de 24 jours, comme le font les femmes laparotomisées dans les services de chirurgie. De suites opératoires, point. Malheureusement, on ne peut pas en dire autant de la symphyséotomie, pour laquelle les suites opératoires prolongées sont très nombreuses. La morbidité est considérable : 60 à 65 % environ ; les infirmités consécutives sont très fréquentes.

Nous devons insister tout particulièrement sur le prolapsus utérin et les phénomènes urinaires (Observ. IV de la statistique de M. Lepage). L'incontinence d'urine est très fréquente, soit qu'elle ait pour cause une fistule vésico-vaginale (observ. III de la même statistique) ou uréthro-vaginale, soit qu'elle soit exclusivement sous la dépendance d'un trouble fonctionnel de la vessie. Des interventions chirurgicales complémentaires sont nécessaires, qui réussissant ou ne réussissant pas, laissent alors à la femme une infirmité permanente.

Quant aux troubles de la marche, ils sont d'autant plus fréquents que le bassin étant plus rétréci, l'écartement

des pubis a dû être plus grave. Dans ces cas, les ligaments des articulations sacro-iliaques ont été tirillés ou déchirés. Quelquefois il y a eu un véritable diastasis de ces articulations. Par suite, la malade est sujette à des phénomènes douloureux s'accroissant par la marche. Sans compter que la consolidation symphysienne ne se faisant pour ainsi dire jamais d'une façon absolue, on verra très souvent que les malades symphyséotomisées ont une démarche un peu spéciale. Quelquefois même l'impotence fonctionnelle est presque complète.

En résumé nous voyons qu'en nous plaçant sur le terrain des suites opératoires et de la mortalité, la césarienne est encore supérieure à la symphyséotomie. La première nous donne une mortalité maternelle de **6,18 %**, et la seconde une mortalité de **13,27 %**.

Survie des enfants et survie des mères étant à l'avantage de la césarienne doit-on par suite, étendre les limites des indications de cette opération aux dépens de la symphyséotomie ? Evidemment oui, et à notre sens on devrait pratiquer plus de césarienne et moins de symphyséotomies. On considérait jusqu'à ces derniers temps que la limite de l'indication absolue pour la césarienne était le bassin de 6. De 6 à 7 l'indication n'était que relative : nous estimons que les limites de l'indication absolue doivent être plus étendues.

Nous venons de montrer par des statistiques que la césarienne était supérieure à la symphyséotomie, et sans aller cependant jusqu'à admettre avec BARNES que la symphyséotomie n'a pas prouvé sa raison d'être et que les éminents accoucheurs qui en ont fait l'éloge l'abandonne-

ront complètement dans l'avenir, nous conviendrons avec lui, qu'après les dernières publications parues, la césarienne est une opération scientifique et justifiée, qu'elle sera exécutée dans l'avenir dans beaucoup plus de cas qu'autrefois.

Cependant, il ne faudrait pas croire que les rétrécissements du bassin ne peuvent être traités que par les méthodes sanglantes, symphyséotomie ou césarienne.

Il nous reste donc à déterminer quelles sont les indications respectives de la symphyséotomie et de la césarienne d'une part, et d'autre part quels sont les cas où l'on peut se dispenser d'avoir recours à elles.

CHAPITRE V

De la conduite à tenir dans les cas de bassins rétrécis.

A côté des méthodes sanglantes il y a place pour une intervention moins grave qui ne compromet jamais la vie de la mère et qui, quoi qu'on en ait dit, donne des résultats satisfaisants pour la survie des enfants ; nous voulons parler de *l'accouchement prématuré provoqué*.

N'oublions pas en effet que césarienne et symphyséotomie sont des méthodes d'exception. Il faut en effet compter sur la pusillanimité féminine, ici très justifiée ; car, si depuis l'ère de l'asepsie et grâce aux perfectionnements apportés au manuel opératoire, la mortalité n'est plus que de 6, 18 % dans la césarienne, où cette mortalité est la moindre, il n'en est pas moins vrai que la mère court encore un certain danger. Les indications de la césarienne et de la symphyséotomie ne doivent se poser que lorsque la femme est à terme et qu'on ne peut plus, par conséquent, avoir recours à l'accouchement prématuré. Telle est la conduite que tient notre maître M. BOISSARD.

En consultant les registres de la Maternité de Tenon

nous avons pu trouver, à côté des deux symphyséotomies et des deux opérations césariennes pratiquées cette année, cinq accouchements prématurés provoqués.

En voici les observations résumées.

Accouchements prématurés provoqués pour bassin rétréci,
par M. BOISSARD.

OBS. I. — N° 424, mai 1901.

Accouchement provoqué au huitième mois de la grossesse par le gros ballon de Boissard, pour bassin rétréci. Diamètre P. s. p. 10,2. Accouchement spontané, enfant vivant pesant 2600 grammes, Suites de couches normales. Enfant mort le 15^e jour.

OBS. II. — N. 610, juin 1901. Bassin rétréci primipare, diamètre promonto sous-pubien 10,2. Introduction d'abord du petit puis du gros ballon de Boissard. Accouchement spontané. Enfant vivant pesant 2050. Suites de couches normales.

OBS. III. — N° 727, août 1901. Secondipare, bassin rétréci, P. s. p. 9,6. Introduction du gros ballon de Boissard. Accouchement spontané, délivrance complète. Enfant vivant pesant 2450. Suites des couches normales.

OBS. IV. — N. 745, août 1901. Accouchement provoqué près du terme, bassin rétréci. Diamètre P. s. p. 10,2. Siège. Introduction du gros ballon de Boissard. Extraction difficile de la tête dernière. Enfant né en état de mort apparente, ranimé, Poids 4470 grammes. Suites de couches normales. Enfant^t ayant présenté pendant quelques jours de la paralysie radiale. Suites de couches normales.

OBS. V. — N° 751, août 1901. Subluxation congénitale coxo-fémorale droite, atrophie considérable des membres inférieurs

et de la partie droite du bassin. Bassin asymétrique très aplati à gauche avec arrêt de développement de ce côté du sacrum. Elargissement à droite par atrophie osseuse. Age de la grossesse: quatrième mois. La femme se refuse à toute intervention sanglante. Santé débile. Premier jour pose d'une bougie. Deuxième jour pose du petit ballon. Quatrième jour pose du gros ballon (chloroforme). Le soir du cinquième jour abaissement d'un pied et expulsion du fœtus mort pesant 200 grammes. Suites de couches apyrétiques. Sortie le dixième jour.

Par conséquent, lorsqu'une femme enceinte ayant un rétrécissement du bassin vient consulter pendant la grossesse, on peut, dans certaines conditions, éviter les méthodes sanglantes et faire accoucher prématurément la femme d'un enfant vivant. C'est surtout dans les bassins de plus de 80 millimètres que cette méthode doit être employée; à partir de 90 millimètres l'accouchement peut se faire ou spontanément ou artificiellement par forceps ou par version.

Ce n'est que pour les bassins au-dessous de 80 millimètres que se pose la question du choix entre la symphyséotomie et la césarienne. Nous éliminerons même les rétrécissements très prononcés de 6 cm. 5 et au-dessous et qui, sans conteste, sont du domaine de la césarienne. Nous limiterons la discussion aux bassins qui ont de 6 cm à 8 cm.5 de diamètre P. sp. minimum.

Les opinions divergent suivant les auteurs. La question a d'ailleurs été posée nettement au Congrès d'Amsterdam de 1899.

M. PINARD, tout en reconnaissant certains avantages

à la césarienne, préfère la symphyséotomie, il est, en cela, d'accord avec ZWEIFEL.

LÉOPOLD, de Dresde, reconnaît à l'opération césarienne des indications absolues ou relatives ; absolues dans les bassins au-dessous de 6, relatives dans les bassins de 6 cm. à 7 cm., 5. La césarienne, pour ses indications relatives, exige les conditions suivantes :

Il faut que l'accouchement spontané soit impossible, que la version et le forceps soient inadmissibles, que l'enfant se porte bien, et que la parturiente se trouve dans une clinique ou dans des conditions tout aussi favorables quant à l'opérateur et quant aux soins à donner à l'opérée. La symphyséotomie peut être pratiquée dans les bassins de 6 cm. 5 à 7 cm. 5 ; mais ses préférences sont à l'opération césarienne. Le choix de la césarienne ou de la symphyséotomie dépendrait dans ce cas de l'expérience de l'opérateur.

BARNES est franchement partisan de la césarienne.

PESTALOZZA préconise l'accouchement prématuré provoqué et l'étend aux cas où le diamètre minimum n'est pas inférieur à 75 mm. La symphyséotomie peut être indiquée dans les bassins de 70 à 85 mm., mais doit être restreinte aux multipares.

L'opération césarienne est la seule à employer dans les bassins de 50 mm., souvent la seule dans les bassins de 50 à 60 mm. ; dans les cliniques elle peut être employée pour les bassins de 60 à 70 mm.

Les opinions sont donc partagées. En consultant les statistiques qui nous montrent le pronostic de la césarienne s'améliorant de plus en plus, il y aurait lieu à

notre avis d'augmenter les indications de la césarienne. Si nous examinons la statistique de Bar (1) nous voyons que la malade de l'obs. IX avait un diam. P. s. p. de 9,5 ; celle de l'observation X : 9,5 ; celle de l'observation XII : 9,9 ; celle de l'obs. XIV : 9,2. Une opérée de M. BOISSARD, (obs. III), avait un diamètre P. s. p. de 9,7. Deux des malades de M. FOURNIER avaient, l'une comme promontopubien minimum 8 cm., l'autre 8,5.

Il semble donc qu'actuellement on ait tendance à reporter à 80 mm. et même au-dessus les indications de la césarienne conservatrice.

La césarienne empiéterait ainsi sur le territoire de la symphyséotomie et gagnerait à ses dépens : Elle deviendrait l'opération de choix, et la symphyséotomie l'opération de nécessité.

Nous résumons de la façon suivante la conduite que M. BAR conseille de tenir :

Si le travail n'est pas commencé et la femme non infectée, faire la césarienne.

Si le travail est avancé, la femme non infectée, et que l'extraction de l'enfant semble devoir être entravée par la rigidité des parties molles, faire la césarienne.

Si le travail est commencé depuis longtemps, les membranes rompues prématurément, l'extraction du fœtus semblant ne devoir être entravée ni par le col, ni par la rigidité des parties molles, faire la symphyséotomie.

S'il y a à craindre des phénomènes d'infection, ne faire ni la césarienne, ni la symphyséotomie, recourir à l'embryotomie.

(1) *Leçons de Pathologie obstétricale*, 1900, p. 51 et 52.

CONCLUSIONS

1° La symphyséotomie, par ses suites opératoires, donne une morbidité considérable de **65** pour 100 environ : sa mortalité maternelle est de **13.15** pour 100, sa mortalité infantile de **16.45**.

2° L'opération césarienne conservatrice a moins de suites opératoires ; sa mortalité maternelle de **6.18**, et sa mortalité infantile de **5.1** p. 100, sont de beaucoup inférieures à celles de la symphyséotomie.

3° Donnant et devant donner de meilleurs résultats que la symphyséotomie, la césarienne est appelée à constituer l'opération *de choix* tant qu'on n'a pas à craindre de phénomènes infectieux.

4° L'opération césarienne conservatrice, prenant le pas sur la symphyséotomie, sera faite plus souvent. Dans les cas où la femme est *à terme*, elle pourra parfois comprendre les rétrécissements du bassin allant, mais comme *limite extrême*, jusqu'à **80** millimètres.

Paris, le 3 novembre 1901.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE.
BUDIN.

Vu : LE DOYEN.
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

N. B. — *Pour la bibliographie antérieure à 1899, se reporter aux thèses de RUBINROT et de RIQUOIR, indiquées ci-après :*

- ABEL. — Communication à la *Société médicale de Leipzig*, 1899.
- ABBELY. — *Th. de Paris*, 1899.
- BALDWIN. — Three cæsarean sections; Recovery. *Med. Record*, juin 1901, p. 851.
- BAR P. — La symphyséotomie. *L'Obstétrique*, 15 juillet 1899.
- BAR P. — Leçons de Pathologie obstétricale. Fasc. 1, 1900.
- BARONE. — Contributo allo studio comparativo dei resultate della sinfisiotomia e dell' operazion cesarea. *Arch. di obst. e Ginec.*, 1901, n° 1, p. 85.
- BELLOU. — *Thèse de Paris*, 1899.
- BIGNAMI. — Contributo all' operazione cesarea conservatrice con taglio sagittale sul fondo. *Arch. ital. di Ginecologia*. Anno 3, n° 1, 20 février 1900, p. 16.
- BOISSARD. — *Médecine moderne*, 3 juillet 1901.
- BOCQUEL. — *Société d'Obstétrique de Paris*. Décembre 1900 et janv. 1901.
- R. BRAUN-FERNWALD. — *Arch. für Gynkæ*. 1899. Bd. LIX. Heft. 2, p. 520.
- CESTAN et PAYRAU. — Opération césarienne conservatrice. *La Semaine gynécologique*. Paris, 13 février 1900, p. 16.
- CHARLES (de Liège). — *Annales de la Soc. Obst. de France*, 1899, p. 211.
- CROUZET. — Basiotripsie ou symphyséotomie. *Soc. Obst. de France*, 1899, p. 186.

- FIEUX. — De la symphyséotomie sans immobilisation consécutive. *Rev. Obst. internat.*, 21 mai 1899, p. 117.
- FIEUX. — Symphyséotomie avec enfant vivant malgré les difficultés de l'extraction foetale. *Revue mensuelle. Gyn. Obst. et Pædiatrie*, Bordeaux, 1901, n° 5, p. 188.
- FISCHER. — Ueber den Wert der Symphyseotomie, Leipzig, 1900.
- FOURNIER. — *Société d'obstétrique de Paris*, janvier 1901.
- FRANK. — Beitrag zur indicationstellung der sectio cæsarea *Monatsch. f. Geburts u. Gynkæol.* Bd. XI, Heft, 1, janvier 1900, p. 60.
- GERBOUD. — Des différentes incisions utérines dans l'opér. césarienne conservatrice. *Thèse de Paris*, 1899.
- GUENIOT. — *Thèse*, Paris, juin 1866.
- GUMMERT. — *Monatschr. f. Geb. u. Gynkæol.* juin 1900, p. 1026.
- HÄHN. — *Centralblatt für. Gyn.*, décembre 1899.
- HARE H. — A case of cæsarean section for complet placenta prævia. *The Boston med. a Surg. Journal.* février 1901, p. 151.
- LAUWERS. — Trois opérations césariennes. *Bull. soc. belge de gynéc. et d'obst.*, t. XII, n° 1, p. 7
- LÉOPOLD. — Congrès d'Amsterdam 1899. *Ann. de Gynéc.*, p. 402.
- LEPAGE. — *Société d'obstétrique de Paris*, janvier 1901.
- LEPAGE. — *Société d'obstétrique de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, 5 octobre 1899.
- LIPPEL. — *Arch. fur. gynéc.* 1899. Bd. LVII, Hft. 3, p. 536.
- MALAPERT et BILLOT. — Opération césarienne conservatrice. Luxation du sacrum en avant. Diamètre ant. post. de 65 mm. *La semaine gynécologique.* Paris, 20 mars 1900 ; p. 89.
- MERET. — *Thèse de Paris*, nov. 1901.
- PESTALOZZA. — Congrès d'Amsterdam. *Annales de gyn.* p. 89,
- PETERSEN. — Zwei Falle von konservativer Sectio cæsarea. *Centr. f. Gynæk.*, n° 47, 25 nov. 1899, p. 1400.
- PINARD. — Congrès d'Amsterdam 1899. *Annales de gyn.* p. 81.
- PINARD. — Leçons de pathologie obstétricale.
- RIGOUIR. — *Thèse*, Paris (23 mai 1899).
- RUBINROT. — *Thèse*, Paris (28 février 1889).
- TRINKS O. — Beitrag zur Geb. und Gyn. 1899, Bd I, p. 449.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, t. IV.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
